Prolapsoperationen und ihre Resultate.

Bericht über 240 Fälle aus der K. Universitätsfrauenklinik zu München.

■ ■ ■

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

ACAD. LUDD. BAT. BIBL.

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Meyr, Pankratz
Medizinal-Praktikant aus Munningen.

■ ■ ■

München 1912
RUDOLPH MÜLLER & STEINICKE.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität zu München.

Referent: Herr Geheimer Hofrat Professor Dr. Döderlein.

Je mehr ein Gebiet in irgend welcher Wissenschaft — und ganz besonders muß man das für die medizinische Wissenschaft gelten lassen — noch unaufgeklärt und eben in seinem Wesen noch nicht recht erkannt ist, desto mehr wird bekanntermaßen darüber geschrieben. Und mit Recht, denn nur der dadurch bewirkte gegenseitige Gedankenaustausch und das sich dadurch offenbarende allseitige Interesse an der jeweils gegebenen Sache ist geeignet, allmählich Licht und Klarheit in solche unseren Kenntnis noch verschlossene Gebiete zu bringen.

Ueber ein solches Thema in meiner Dissertation zu handeln sei auch mir gestattet. Wenn man sich in der Literatur über Prolapse umsieht, so findet man eine derartige Ueberflutung mit Werken, Aufsätzen, Vorträgen, Dissertationen etc. über dieses Gebiet, daß es einem fast überflüssig erscheinen möchte, auch noch ein Scherflein beitragen zu wollen zu einem Thema, über das die größten Geister der medizinischen Fakultät bis jetzt kein abschließendes und übereinstimmendes Urteil sich bilden konnten.

Doch es soll das vorliegende Büchlein ja auch nur ein kleiner Beitrag sein zur Prüfung der Leistungsfähigkeit der verschiedenen Operationsmethoden bei Prolaps an der Hand der an der Kgl. Universitätsfrauenklinik in München in den letzten 10 Jahren behandelten Fälle. Ausschlaggebend kann eine solche Arbeit ja schon deswegen nicht sein, weil die Zahl der in diesem Berichte vertretenen Operationstypen sehr verschieden und oft sehr gering ist. Nun kann aber nach Döderlein eine Statistik erst dann Anspruch auf bestimmende Bedeutung erheben, wenn sie sich mindestens über 300 Fälle erstreckt. Ein zweiter Punkt, den ich gleich von vornherein erwähnen möchte, ist der, daß leider eine erhebliche Anzahl von Fällen nicht persönlich untersucht werden konnte und ich auf die brieflichen subjektiven Angaben der Patientinnen selbst angewiesen war, soweit solche nicht ihren Hausarzt zu Rate gezogen haben.

Durch gütige Ueberlassung des Herrn Geheimrates Prof. Döderlein standen mir unter der freundlichen Anleitung des Herrn Prof. Baisch 240 Fälle von Prolapsoperationen zur Verfügung, die in der Zeit vom Januar 1901 bis Dezember 1910 an der hiesigen Frauenklinik ausgeführt worden sind. Wenn das Büchlein sich betitelt: „Dauererfolge über Prolapsoperationen", so ist das Wort Dauererfolg vollauf berechtigt. Denn die Nachuntersuchun-

gen erfolgten in den Monaten April—September 1911. Der ganze Bericht erstreckt sich über das Jahr 1901 bis inclusive 1910. Die am kürzesten zurückliegenden Fälle sind also immerhin doch schon 3—4 Monate entlassen, während die weitaus größere Zahl sich über Jahre erstreckt.

Was zunächst die Entstehungsursache der Prolapse angeht, so gehört dies ja eigentlich nicht in den Rahmen meiner Arbeit und ich möchte daher auch nur einen Punkt streifen, der mir sehr wichtig erscheint. Welch außerordentlich große Rolle nämlich ohne Zweifel die vorausgegangenen Geburten in der Aetiologie der Genitalprolapse spielen, beweist die Tatsache, daß von den 240 Frauen, die operiert wurden, nur 9 Nulliparae, also 3.75 Prozent sich befanden. Und zwar haben 97 Frauen 1—3 mal geboren, während die übrigen 143 4—17 mal geboren hatten.

Bei der Diagnosenstellung der hier verwendeten Fälle wurde der allgemein übliche Unterschied gemacht in Descensus, Inversio und Prolapsus. Mit Descensus sind nach Winter alle jene Fälle gemeint, bei denen eine Lageveränderung des Uterus oder der Vagina bis in die Ebene der Vulva konstatiert werden konnte. Prolaps oder Vorfall ist dann vorhanden, wenn die Lageveränderung bis vor die Vulva stattgefunden hat. Eine Inversion der Vagina ist eine Einstülpung der Scheide von oben her in ihr eigenes Volumen (Winter).

Ein Ueberblick über sämtliche Fälle ergibt:

1)	Descensus der vorderen Scheidewand in	8	Fällen
2)	„ „ hinteren „ „	7	„
3)	„ Beider Vaginalwände „	7	„
4)	„ Vaginae c. Descensus uteri „	30	„
5)	Prolaps der vorderen Scheidewand „	20	„
6)	„ der hinteren Scheidewand „	7	„
7)	„ beider Vaginalwände „	12	„
8)	„ „ „ cum Descensus uteri „	30	„
9)	Inversio vaginae „	29	„
10)	Prolapsus uteri et vaginae totalis „	37	„
11)	„ „ „ „ incompletus „	51	„
12)	„ vaginae nach Uterusexstirpation „	2	„

Eine Lageveränderung des Uterus war in 105 Fällen vorhanden. Und zwar lautete die Diagnose 75 mal auf Retroflexio uteri, in 24 Fällen war es eine Retroversion und 6 mal war der Uterus retroponiert. Einfache Hypertrophie der Portio fand ich erwähnt in 33 Fällen, Elongatio colli in 27, Elongatio + Hypertrophie in 13.

Bei der operativen Behandlung aller dieser Fälle nun gab die oben gegebene Unterscheidung beim jeweils vorliegenden Befund die Indication zur Inangriffnahme bald der einen, bald der anderen

Art der bei uns geübten Methoden. Im Großen und Ganzen lassen sich nach den Operationsberichten folgende Typen angeben:

Es wurden ausgeführt:

1)	Kolporrhaphia anterior	8	Mal
2)	„ posterior	9	„
3)	„ anterior + posterior + Perineoplastik	104	„
4)	Kolporrhaphie + Portioamputiatio (Emmet)	36	„
5)	„ + Alexander-Adam	12	„
6)	„ + Ventrofixation	7	„
7)	„ + Vaginaefixation	10	„
8)	„ + Vesicofixation	31	„
9)	Schauta u. Freund-Wertheim'sche Operation	9	„
10)	Vaginale Totalexstirpation	11	„
11)	Operationsmethode nach v. Winkel	3	„

Dammplastiken wurden in Verbindung mit all den angegebenen Operationen bei der einen mehr, bei der anderen weniger häufig ausgeführt.

Die Technik und der Gang der einzelnen Operationsarten läßt sich nach den betreffenden Protokollen ungefähr folgendermaßen skizzieren:

Die einfachen Kolporrhaphien wurden größtenteils nach Simon-Hégar durch Excision eines Scheidenteiles aus der vorderen oder hinteren Vaginalwand oder aus beiden zulgeich vorgenommen. Die Größe und Form des ausgeschnittenen Schleimhautteiles ward je nach der Lage des Falles gewählt, bald Schmetterlingsfigur, bald ein einfacher ovaler Lappen, dann wieder rautenförmig, kreissektor- oder kreissegmentartig, kurz es sind da die verschiedensten Variationen und Modifikationen möglich. Die so gesetzte Wunde wurde dann durch 2—3 versenkte Nähte fest zusammengezogen und darüber eine fortlaufende Catgoutnaht angelegt. War der Vorfall kombiniert durch eine Cysto- oder Rectocele, so wurde durch mehrere versenkte Nähte besonders über dem vorquellenden Rectum durch Zusammenziehung der seitlichen Gewebspartien ein dickes Septum rectovaginale hinten gebildet und die Wunde so zunächst verkleinert; schließlich die Scheidenschleimhaut der Vagina und des verlängerten Dammes darüber mit fortlaufendem Catgout vereinigt.

Zur Beseitigung und zum Zwecke der angestrebten Recidivverhinderung bei Cystocele wurde vielfach eine Raffung der Blase mittels der Tabaksbeutelnaht nach Gersuni gemacht. Bisweilen wurden durch die Wundränder der vorderen Vaginalwand 2 tiefgehende Suturen gelegt, um die Spannung zu vermeiden.

In Fällen, wo eine Elongation oder Hypertrophie der Portio als ätiologisches oder consecutives Moment mit in Betracht kam, wurde nach mehr oder weniger ausgiebiger Scheidenresection

eine hohe Portioamputation gemacht. In vielen Fällen konnte man sich mit der Emmet'schen Operation begnügen, die in einer keilförmigen Excision beider Muttermundslippen besteht oder nur einseitig mit nachfolgender Vereinigung der Commissurenrisse durch einige Nähte.

In 12 Fällen, und zwar erst aus jüngster Zeit (1908 bis 1910) wurde die Alexander-Adam-Operation in typischer Weise ausgeführt durch Freilegung des Ligamentum rotundum, Verkürzung und Einnähen in die vordere Bauchwand.

Bei weiteren 8 Fällen finde ich die Beseitigung des Vorfalles notiert als Ventrofixatio uteri in Verbindung mit Kolporrhaphien. Es wurde ein 4—8 cm langer Einschnitt gemacht unterhalb des Nabels beginnend bis zur Symphyse (Durchtrennung der Fascien, der Muskeln, des Peritoneums). Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird der Fundus uteri mit einer Kugelzange gefaßt und zuerst eine Fascienmuskelnaht durch den Fundus gelegt, dann das Peritoneum der vorderen Bauchwand mit der vorderen Wand des Uterus nahe dem Fundus vernäht, und nachdem so der Uterus genügend fixiert war, wurde in gewöhnlicher Weise (in 3 Etagen) die Bauchwunde geschlossen und 2 tiefgehende Celluloidsuturen angewendet. Dann anschließend die Kolporrhaphia anterior und posterior in typischer Weise.

Von den fixierenden Methoden sind weiterhin zu erwähnen in 9 Fällen die Freund- oder Schauta'sche Operation, wie sie von den Autoren angegeben ist, bestehend in der ganzen oder teilweisen Einnähung des Uterus in die vordere Vaginalwand nach Abtragung eines Teiles und vorheriger Unterbindung und Durchschneidung der beiderseitigen Tuben.

Als Vesicofixatio uteri wurde eine Operation in 31 Fällen ausgeführt wie folgt: Nach Herabziehen der Portio wird ein Längsschnitt in die vordere Vaginalwand gemacht, die Blase stumpf und mit der Schere von der Vaginalwand losgelöst und zurückgeschoben, wobei einzelne Gefäße isoliert ligiert werden. Es erfolgt die Eröffnung des Peritoneums in der Plica vesicouterina, Umstülpen des Uterus nach vorn und Vernähen des Fundus mit dem hinteren Blasenperitoneum durch fortlaufende Catgout; Zurückversenken des Uterus und Verschluß eventuell durch Tabaksbeutelnaht, Verkleinerung der Wunde und möglichste Blutstillung durch zahlreiche versenkte einzelne Nähte; Verschluß der Schleimhaut durch Catgoutnähte.

Die Vaginofixation ist in 10 Fällen zur Anwendung gekommen. Es wird zum Zwecke dieser Operation das vordere Vaginalgewölbe quer incidiert, etwa in der Höhe des Blasenansatzes, die Blase wie bei der vorigen Methode abgelöst, der Uterus gestürzt; dann ein auf dem ersten Schnitt senkrechter Schnitt in der vorderen Vaginalwand geführt, rechts und links ein Lappen abpräpariert, der Uterus umgestülpt vor die Blase

gebracht und die Vaginalschleimhaut über dem Uteruskörper mit Fixation über demselben vernäht. Fundus und Ligamente wurden vorher noch tief unten an der Scheidenwand angenäht und wenn nötig, noch ein Teil der Scheidenwand reseciert, nachdem die Blase ganz nach oben gedrängt worden ist. Es befindet sich also der ganze Uterus gestürzt unter der vorderen Scheidewand.

11 weitere Fälle sind radikal behandelt worden durch die vaginale Totalexstirpation, und zwar in 3 Fällen nach Döderleins Methode durch Spaltung des Uterus von der hinteren Muttermundslippe aus. Zunächst Eröffnung des hinteren Vaginalgewölbes mittels Paquelin; hierauf Fassen der linken Ligamente und Adnexe mittels Klammern und Abtragen der gefaßten Partien, wobei die Ovarien zurückgelassen werden. Hierauf gleiche Behandlung der rechten Ligamente und Adnexe, dann Versorgung der Stümpfe mittels Celluloidzwirn. Zum Schluß Vereinigung der linken Stümpfe mit der hinteren, und der rechten mit der vorderen Vaginalwand. Vorher war noch nötigenfalls ein etwa handtellergroßes überflüssiges Stück der vorderen Vaginalwand mit dem Uterus exstirpiert worden. Endlich Verengerung des vaginalen Spaltes bis zu Markstückgröße.

Endlich wäre noch die v. Winckel'sche Prolapsoperation zu erwähnen, die in 3 Fällen ausgeführt wurde. Am oberen Ende des untersten Drittels der Vagina wird von der vorderen und hinteren Vaginalwand mittels Kugelzangen je eine Falte gebildet, die dann von zwei Kugelzangen in der Mitte in einer Entfernung von einem Zentimeter voneinander gefaßt werden. Nach dieser Fixation der beiden Falten wird erst links dann rechts aus beiden Vaginalwänden ein etwa 3 cm breiter, $1^1/_2$ cm hoher Lappen excidiert und dann die aufeinanderpassenden Wundflächen mit fortlaufendem Catgout wieder vereinigt. Weiter wurde der beiderseitige oben neben der Urethra befindliche Lappen excidiert und die Wunde vereinigt. Alsdann das zwischen der hinteren Vaginalwand und der Quernaht der Vaginalwand bis zur hinteren Commissur gelegene Schleimhautstück excidiert und die Excision beiderseits bis zum unteren Ende der Nymphen fortgesetzt; nunmehr der vaginale Rand und die Oberfläche des Dammes durch fortlaufende Catgout vereinigt.

Der Heilungsverlauf erstreckte sich im Durchschnitt auf zirka 3 Wochen und es wurden die Fälle in der Mehrzahl nach 15 bis 20 Tagen entlassen. Bei 20 Frauen war schon der Entlassungsbefund als ein nicht in allen Teilen befriedigender festgestellt worden. Und zwar sind darunter 12 Fälle leichten Recidives, während bei 8 schon im Lauf der ersten drei Wochen ein komplettes Recidiv eingetreten war. Bei einzelnen anderen fand ich weiter im Entlassungsbericht noch notiert, daß sie „gegen ärztlichen Rat" die Anstalt verließen oder „auf eigene Verant-

wortung und mit dem Rate sich in anderweitige Behandlung noch zu begeben". Es ist wohl anzunehmen, daß bei ihnen eben der Heilungsverlauf noch nicht glatt verlaufen war, und wenn nun solche Frauen wieder mit einem Recidiv kommen, so kann das eben nicht der Unfähigkeit der bei ihr ausgeführten Operation angerechnet werden, da man nicht sagen kann, ob die Operation nicht einen wirklichen Dauererfolg gehabt hätte, wenn die gesetzte Wunde entsprechend Zeit zu Verheilung und Vernarbung gehabt hätte.

Von den 8 Fällen, in denen leider schon bei der Entlassung ein totales Recidiv diagnostiziert werden mußte, kamen 6 Frauen bald nachher wieder zur Operation. Ich möchte da besonders einen Fall erwähnen:

H. Th., 65 Jahre alt, I. para, Menopause, seit 2 Jahren Vorfall mit den üblichen Beschwerden: Drängen nach unten, Gefühl des Fremdkörpers zwischen den Beinen, Beschwerden beim Stuhl. Diagnose: Prolapsus completus mit Inversion der Scheide, Decubitusgeschwüre. 27. II. 04 Prolapsoperation nach v. Winckel. 18. III. 04: Sowohl rechts wie links ist die hufeisenförmige Anfrischung nicht verheilt; infolgedessen tritt so ziemlich in früherer Ausdehnung der Vorfall wieder vor. Auf Wunsch entlassen. 4. V.: Die Frau kommt wieder und wird wieder operiert und zwar abermals nach v. Winkel, und zwar so, daß nur eine für eine Uterussonde durchgängige Oeffnung in der Mitte des Introitus bestehen bleibt. 31. V. hat Patientin sich unerlaubter Weise aus der Klinik entfernt, sie hat ein complettes Recidiv. Am 4. 11. 05 kommt die Frau wieder zur Operation. Nunmehr wird Kolporrhaphia anterior und posterior und Vaginaefixatio uteri ausgeführt. Der Fundus uteri wird bis zur Mitte mit beiden Vaginalwänden vernäht. Nach 3 Wochen konnte die Frau nach Heilung per primam intentionem entlassen werden. Leider konnte über den Dauererfolg dieser Operation nichts mehr in Erfahrung gebracht werden, da die Frau inzwischen verstorben ist.

Unter den 240 Fällen ist leider auch ein Todesfall zu verzeichnen, doch kaum lediglich auf Rechnung der Prolapsoperation zu setzen. H. V., 44 Jhr. alt, IV. para, Menstruation normal, stark aber regelmäßig alle 4 Wochen wiederkehrend. Seit 4 bis 5 Jahren hatte Patientin einen Vorfall, der beim Gehen hervortritt und derselben starke Beschwerden verursacht. Seit dieser Zeit hat sie Ausfluß. An dem Vorfall sind mehrmals Geschwüre aufgetreten. Befund: Leicht anaemisch, gracilen habitus. Am Herzen ergibt die Untersuchung einen unreinen ersten Ton, sonst keine Geräusche. Abdomen leicht aufgetrieben, Leistendrüsenpakete leicht, aber unempfindlich geschwellt. Vulva klaffend, kleine Labien prominent, Damm incomplett eingerissen. Introitus und Vagina sehr weit; beide Scheidenwände invertiert, Portio

ungefähr in der Spinallinie, hypertrophisch, Commissur tief eingerissen, Lippen arrodiert. Rechts Parametrium infiltriert, verdickt und druckempfindlich. Rechte Adnexe vom Parametrium nicht genau zu trennen. Links Adnexe und Parametrium frei. Diagnose: Inversion beider Vaginalwände, Portiohypertrophie, Prolapsus uteri, Endometritis interstitialis haemorrhagica, Parametritis dextra. 7. IV. Curettage, Kolporrh. ant. et post., Portioamputation mit Paquelin, Perineorrhaphie nach Hégar. 8. IV. öfteres Erbrechen von gallig gefärbtem Schleim. Pat. gibt an, daß sie ähnliches Erbrechen schon früher gehabt habe. 9. IV. Das Erbrechen hält an, der Puls sehr klein und frequent, die Anämie sehr groß. Abdomen diffus druckempfindlich, aber nicht aufgetrieben. Abends: Die Pulsqualität wird immer schlechter, zeitweise unfühlbar, das Erbrechen hat seit Mittag aufgehört. Die Operationsstelle zeigt keine abnorme Schwellung, die Secretion ist minimal. Um 10 Uhr wegen Pulsverschlechterung eine Spritze Ol. camph. 10. IV.: $12^1/_2$ Uhr a. m. plötzlich von der Umgebung kaum bemerkt, exitus letalis.

Es soll nun kurz angegeben werden, in welcher Weise bei der Nachforschung über die Dauerresultate unserer Operationsmethoden vorgegangen wurde. Es wurde zunächst an sämtliche Frauen die briefliche Aufforderung hinausgeschickt, sich womöglich persönlich zur Nachuntersuchung in unserer Poliklinik einzustellen. Leider sind nur 59 dieser Aufforderung nachgekommen; doch habe ich bei 9 Frauen persönlichen Bericht von ihrem Hausarzt erhalten, die in liebenswürdiger Weise den Untersuchungsbefund mitteilten. Es sei ihnen an dieser Stelle für die freundliche Unterstützung gedankt. So können also 68 Fälle zu den Nachuntersuchten gerechnet werden.

Fast gleich groß ist die Zahl jener Frauen, die uns brieflichen Bescheid über den Erfolg der Operation und ihren jetzigen Zustand gaben, durch Beantwortung der an sie gestellten Fragen. Solche sind es 66. 12 Frauen sind in der Zwischenzeit gestorben. Die übrigen gaben teils keine Antwort, teils kam der Brief unbestellbar zurück. Die Fragestellung an die Frauen berücksichtigte, ob überhaupt von dem früher vorhandenen Vorfall wieder etwas eingetreten sei, wie es mit ihrer Arbeitsfähigkeit stehe und ob sie überhaupt irgend welche Beschwerden in dieser Hinsicht hätten. Es war in fast allen Fällen aus den eingelaufenen Briefen deutlich zu ersehen, ob ein mehr oder minder starkes Recidiv aufgetreten war oder ob der Erfolg in allen Teilen befriedigte.

Die Untersuchung wurde von den Herren Assistenzärzten in der poliklinischen Sprechstunde vorgenommen und ich danke ihnen an dieser Stelle für die freundliche Mithilfe.

Im Ganzen können also für diese Statistik von den 240 Fällen nur 134 verwertet werden; man hat dabei wieder 2 Hauptgruppen

zu unterscheiden: die Nachuntersuchten in 68 Fällen und die mit brieflicher Mitteilung in 66 Fällen.

Hinsichtlich des subjektiven Befindens ist im Allgemeinen das Resultat der mit brieflicher Antwort günstiger als der obejktive Befund bei den Nachuntersuchten. Von den 68 Nachuntersuchten wurde ein objektiv und subjektiv völlig einwandfreies Resultat 33 mal gefunden. Ein leichteres Recidiv, bestehend in einer geringen Verwölbung der vorderen oder hinteren Scheidewand oder in einem geringen Tiefertreten der Gebärmutter fand sich in 19 Fällen. Bei 16 mußte ein volles Recidiv konstatiert werden. Absolut guter Erfolg ist also nachgewiesen in 48,5 Prozent, ein gänzlicher Mißerfolg in 23,5 Prozent, relative Heilung also 76,5 Prozent.

Etwas günstiger gestaltet sich das Verhältnis bei den Fällen mit brieflicher Antwort. Im Ganzen sind 66 brauchbare Antworten eingelaufen, wovon 40 angeben, völlig geheilt zu sein. Demnach wären es also 60,6 Prozent, bei denen man von absolut gutem Erfolg sprechen darf. 13 geben an, daß wenig von dem Vorfall sich wieder zeige oder auch nur, daß sie „ein Gefühl des Drängens nach unten hätten, ohne daß aber etwas aus der Scheide heraustrete". Bei 13 Fällen hat sich das alte Leiden in früherer Stärke wieder eingestellt. Das entspräche einem Prozentsatz von 22,7 Mißerfolg. Diese letztere Zahl ist fast gleich dem Prozentsatz bei den Nachuntersuchten.

Läßt man den Unterschied zwischen Nachuntersuchten und brieflichen Angaben der Frauen selbst fallen, so ergibt sich folgendes Resultat: Von sämtlichen 134 verwertbaren Fällen sind 73 völlig recidivfrei, also 54,48 Prozent tadellose Heilung, während 29 mal ein complettes Recidiv vorhanden war, also in 21,6 Prozent. Die übrigen Fälle sind als relativ befriedigend anzusehen.

Einen brauchbaren Dauererfolg haben die verschiedenen Vorfalloperationen also in 79,4 Prozent gezeitigt. Stellt man vergleichsweise die Resultate, wie sie sich an anderen Kliniken mit ähnlichem Untersuchungsgang der Statistik ergaben, einander gegenüber, so wäre hier zu nennen ein Bericht aus der Straßburger Klinik vom Jahre 1907 mit 83,3 Prozent Dauerheilung, aus der Breslauer Klinik 65,7 Prozent tadellose Resultate, nach v. Herff (an der Klinik Fehlings in Halle) 77,1 Prozent Dauerheilung, von der Universitätsklinik in Jena eine Statistik aus dem Jahre 1908 mit zirka 90 Prozent günstigem Erfolg.

Hinsichtlich des subjektiven Befindens der Operierten und gar vollends hinsichtlich ihrer eigenen Ansicht über Arbeitsfähigkeit und -unfähigkeit beziehungsweise Arbeitsbeschränktheit kann man die merkwürdigsten Resultate hören. Ich will das in dieser Hinsicht von mir geprüfte Material, so wie ich es gefunden, ohne weitere Kritik hier anführen.

Von den 134 Fällen, welche insgesamt persönlich oder schriftlich sich hier gemeldet haben und von denen 73 als obsolut geheilt betrachtet werden dürfen, gaben 69 an, sich vollständig frei von allen Beschwerden zu fühlen, während 22 über geringe Beschwerden, angeblich vom Vorfall herrührend, klagen. Die Beschwerden sind aber oft derart vag und unbestimmt, daß man es eben nicht sicher sagen kann, ja oft sogar es ausschließen muß, daß der Prolaps die Ursache dieser von den Patientinnen angegebenen Beschwerden sei. 16 Frauen gaben die alten Vorfallbeschwerden wieder an als da sind: Kreuzschmerzen, Schmerzen im Unterleib, das Gefühl des Drängens nach unten, „als ob es zum Entbinden käme", das Reiben und Scheuern an den Kleidern, Behinderung beim Gehen, Urin- und Stuhlbeschwerden etc.

In 7 Fällen, bei denen ein objektiv völlig positiver Erfolg zu verzeichnen ist, gaben die Frauen trotzdem an, daß es nicht besser sei wie zuvor. Umgekehrt sind aber auch andere Fälle vorhanden, die anatomisch in ihrem Resultat nicht befriedigen können und wo doch von den Frauen angegeben wird, daß sie völlig frei von jeglichen Beschwerden seien und sich auch als geheilt betrachten.

Die Arbeitsfähigkeit ist eine vollständige geblieben in 63 Fällen, worunter 9 sind, die ein leichteres oder schwereres Recidiv aufweisen. 44 mal gaben Frauen an, in ihrer Arbeitsfähigkeit in der Weise beschränkt zu sein, daß sie nur leichtere, gewöhnlich Hausarbeiten, verrichten können. Es war leider nicht zu konstatieren, in wie weit diese Arbeitsbeschränktheit oder die völlige Arbeitsunfähigkeit der Frauen auf Rechnung des vorhandenen Prolapses gesetzt werden muß, und bisweilen gaben die Frauen in ihrem Schreiben selbst an, daß ihre Arbeitsbeschränktheit von anderen Leiden, vielfach von Hernien, herrühre. In 7 Fällen konnte ein tadelloses, völlig einwandfreies objektives Resultat festgestellt werden und trotzdem gaben die Frauen an, in ihrer Arbeitsfähigkeit durch den Genitalprolaps, der also nicht einmal vorhanden war, beeinträchtigt zu sein. Bei einer weiteren Zahl von Fällen muß man auch das Alter als Behinderungsgrund in ihrer Arbeitsfähigkeit mit in Betracht ziehen. Kurz, es war bei dem von mir eingeschlagenen Verfahren in der Nachuntersuchung nicht möglich, ein genaues prozentuales Verhältnis über die Arbeitsfähigkeit festzustellen. Wenn ich aber trotzdem eine ungefähre statistische Berechnung aufstellen soll, so ergibt sich, daß etwa 74 Prozent vollkommen beschwerdefrei und arbeitsfähig sind bei vollem subjektivem Wohlbefinden. Ueber ganz schlechtes Befinden klagen 13 Prozent, während bei weiteren 13 Prozent geringe Beschwerden und Senkungsgefühl bei der Arbeit angegeben wird. In Gießen wurden 14 Prozent mit den alten subjektiven Beschwerden und Arbeitsunfähigkeit befunden, bei Christiani (Breslauer Klinik) ist in 83 Prozent der Fälle gute Arbeitsfähigkeit vorhanden.

Unter den 134 Frauen, von denen mir Nachrichten über den Dauererfolg der Prolapsoperation vorliegen, haben 10 ein- oder mehrmals seit der Operation wieder geboren. 8 Frauen waren zur Zeit der Nachuntersuchung bezw. als sie briefliche Mitteilung machten, schwanger. Von diesen hatten 4 auch früher schon, freilich nach der Operation gemeint, geboren. Davon war 1 noch recidivfrei geblieben, während 6 schon mit einem Recidiv von früheren Geburten her behaftet waren. Von den 10 ersteren sind nur 2 recidivfrei. Bei den hier in Betracht kommenden Fällen war einmal die Ventrofixation gemacht worden, bei einem anderen Vesicofixation, einmal Alexander-Adam, immer natürlich verbunden mit Kolporrhaphien. Die Fälle, die ohne Recidiv geblieben, gehören den mit uncomplicierten Kolporrhaphien Behandelten an.

Wenn man aus diesem Resultat, das sich ja freilich nur aus einer sehr geringen Zahl ergibt, einen Schluß ziehen darf, so muß man eben sagen, daß unsere bisherigen Methoden zur Behandlung eines Genitalprolapses und dauernden Beseitigung keineswegs hinreichen. Versagt ja doch der bis dahin vielleicht vorhandene Erfolg meistens gerade dann, wenn er sich eigentlich erst bewähren sollte, bei der Geburt, wo freilich auch die größten Anforderungen an den weiblichen Geschlechtsapparat gestellt werden. Diejenigen Fälle, die bei einer nachfolgenden Geburt kein Rezidiv aufwiesen, waren schon von vornherein als leichtere Fälle erkannt und als einfache Inversio oder Descensus vaginae diagnosticiert worden.

Recidivoperationen wurden im Ganzen in 13 Fällen ausgeführt. Es konnte nur über 9 davon Nachricht eingeholt werden. Dabei zeigte sich, daß 6 Frauen durch die zweite Operation endgültig von ihrem Leiden befreit wurden. Eine Frau kam erneut mit einem vollen Recidiv, von 2 lief die Nachricht ein, daß sie inzwischen gestorben.

Wenn man nunmehr den Dauererfolg, wie er sich bei den einzelnen Arten der ausgeführten Methoden ergibt, durchsieht, so möchte ich eine Operationsmethode gleich vorwegnehmen, die nur in 3 Fällen zur Anwendung gekommen ist, und zwar in den Jahren 1902 und 1905. Seitdem wurde sie nie mehr geübt. Es ist das die sogenannte von Winkel'sche Operation. Es sind 3 Fälle, wovon ein objektiv und subjektiv vollauf befriedigendes Resultat sich zeigt. Es war das eine Recidivoperation nach mißlungener Ventrofixation. Die Frau ist zur Nachuntersuchung gekommen: Scheide eng, hoher Damm, volle Arbeitsfähigkeit und vollkommen beschwerdefrei. Die beiden anderen Fälle sind schon zwei Monate nach der Operation total recidiviert und es besteht bei der einen Frau heute noch ein Totalprolaps, während die andere ein Jahr später sich einer zweiten Operation unterzog. Es wurde dann die Vaginofixation ausgeführt. Die Frau ist inzwischen ver-

storben und es war deshalb nicht möglich, von dem weiteren Verhalten ihres Genitalprolapses etwas zu erfahren.

Die am häufigsten zur Anwendung gekommenen Prolapsoperationen sind die einfachen Kolporrhaphien, ausgeführt in 121 Fällen. Doch waren nur 66 zu erreichen. Immerhin ist die Zahl so bedeutend, daß man sie als wohl brauchbar gelten lassen kann. Auch hier will ich wieder unterscheiden zwischen den Nachuntersuchten und denen mit brieflicher Antwort. Zu den ersteren gehören 38. Davon war bei 17 Frauen ein einwandfreier anatomischer gynäkologischer Befund vorhanden, 11 mal ein completes Recidiv, 10 mal war eine leichte Senkung der vorderen oder hinteren Vaginalwand oder des Uterus festzustellen = leichtes Recidiv. Absolut ungünstiger Erfolg stellte sich also ein in 28,9 Prozent, absolut günstig darf er bezeichnet werden in 44,7 Prozent, eine relativ gute Heilung ergibt sich demnach in 71,8 Prozent.

Günstigere Zahlen bekommt man bei den brieflichen Antworten. Von den 28 Fällen bezeichnen sich 19 Frauen als gesund und geheilt, 4 wollen ein leichtes Recidiv haben und nur 5 geben an, mit dem alten Leiden von neuem wieder behaftet zu sein. Es sind also 68,7 Prozent absolut geheilt, bei 18,8 Prozent ist ein totaler Mißerfolg zu verzeichnen und in 17,3 Prozent ein leichtes Recidiv mit geringen Beschwerden und keiner oder nur teilweiser Arbeitsbeschränkung. Relativ günstiger Erfolg also bei 81,2 Prozent.

Läßt man die Nachuntersuchten und die mit brieflicher Auskunft als gleichwertig gelten, so kommt man zu einem Resultat wie folgt: Absolute Heilung in 54,5 Prozent, relativ günstiger Erfolg in zirka 75,8 Prozent. Bumm hat bei 95 Fällen, die mit einfachen Plastiken behandelt wurden, 26 Recidive. Ein ähnliches Resultat der einfachen Prolapsoperation gibt auch v. Herff an mit 77,1 Prozent Dauerheilung. In Jena ergaben die Plastiken 1908 bei 14 Fällen 70 Prozent Dauerheilung. Andersch meldet aus Breslau 83 Prozent Dauerheilung bei 60 Nachuntersuchten bei Kolporrhaphie und Perineoplastik. Schabak berichtet aus Petersburg bei Kolpoperineorrhaphien über 156 Dauerresultate. Es wurden 8 Recidive festgestellt, also 94,6 Prozent guter Dauererfolg. Küstner gibt bei vorderer und hinterer Kolporrhaphie mit Amputation der Portio in 726 Fällen (sämtliche nachuntersucht) durchschnittlich 66,9 Prozent Heilung an. Aus der Giesener Universität stammt eine entsprechende Zahl vom Jahre 1904 mit 84 Prozent Dauererfolg. Auch da waren es nur Fälle mit einfachen Plastiken, verbunden zum Teil mit Collumamputationen oder Excisionen aus der vorderen und hinteren Muttermundslippe. Wenn ich mit den letzteren Zahlen das in hiesiger Klinik gefundene Resultat von 33,3 Prozent Dauerheilung bei Portioamputation vergleiche, so muß man eben die geringe Zahl der Untersuchten in Be-

tracht ziehen und kann nicht daraus allein schon ein völlig verwerfendes Urteil schließen, ob des erzielten schlechten Erfolges. Es konnten eben nur 4 persönlich untersucht werden. Davon wies eine Frau ein komplettes Recidiv auf, 2 hatten nur leichte Senkungen, die andere ist geheilt. 14 weitere haben schriftlich geantwortet, und zwar in 5 Fällen mit vollem Erfolg, 6 mit der Angabe, alles sei wieder wie zuvor, 3 schrieben, daß ein wenig von dem Vorfall sich wieder zeige.

Auch der nun noch folgende Bericht über die weiteren an der hiesigen Klinik zur Ausführung gekommenen Operationsarten leidet unter dem geringen Material, über das ich Erhebungen einziehen konnte. Es sind das die Methoden, bei denen mit der Plastik der Scheide und des Dammes eine Fixation des Uterus verknüpft wurde, ferner noch die vaginale Totalexstirpation.

Die Ventrofixation, welche ja heutzutage nur mehr in Ausnahmsfällen zur Behandlung von Prolapsen herangezogen wird, ist ausgeführt worden in 7 Fällen, von denen bei 5 der Dauererfolg in Erfahrung gebracht werden konnte. Persönlich untersucht konnte nur 1 Fall werden. Es war schon nach 2 Monaten ein Recidiv in früherer Stärke aufgetreten. Die Patientin war schon 1905 in einer anderen Klinik operiert worden, doch schon nach einigen Wochen war der Vorfall wieder da. 1909 bekam sie einen Bauchbruch und kam deshalb in die Klinik. Hier wurde die Laparotomie ausgeführt mit anschließender Ventrofixation. Doch war der Erfolg wie gesagt ein sehr kurzdauernder. Die Nachuntersuchung am 24. April 1911 ergab einen Totalprolaps mit Elongantio colli. Von den vier brieflichen Angaben ist ein geheilter Fall neben einem kompletten Recidiv und zwei solchen leichteren Grades. Die Frau mit dem völligen Recidiv gibt an, daß sie schon nach 5 Wochen den Vorfall wieder gespürt habe und nach einem halben Jahre hatte er wieder die alte Stärke eingenommen. Trotzdem hat die Frau noch zweimal entbunden.

3 Fälle aus dem Jahre 1903, in der Klinik von Winkels nach dieser Methode behandelt, sind in einer Dissertation von Schubarth ausführlich beschrieben, wobei ein befriedigender Abgangsstatus notiert ist. Hiezu ergänzend möchte ich erwähnen, daß ich über 2 dieser Frauen Nachricht geben kann, während die eine nicht auffindbar war. In dem einen der 2 Fälle lautet die Nachricht vollauf befriedigend. Es war das eine Kombination mit einem Ovarialtumor; das hat die Veranlassung zur Laparotomie gegeben, mit der dann die Ventrofixation verbunden wurde. Von dem 2. Fall ist zwar neuerdings keine Antwort eingelaufen, doch ist in dem Journal angegeben, daß schon 6 Wochen nach der Entlassung das eingetretene Recidiv mit erneuter Kolporrh. ant. et post. + Perinaeoplastik in Angriff genommen wurde.

Von absoluter Heilung kann man also hier nur bei 20 Prozent sprechen. Läßt man die zwei Fälle mit leichtem Recidiv als relative Heilung mitgelten, so kommt man zu einem relativen Erfolg von 60 Prozent. Einer Statistik aus der Gießener Universitätsfrauenklinik über 105 Fälle, die mit Ventrifixur behandelt wurden, entnehme ich, daß 22,5 Prozent Scheidenrecidive und 8,5 Prozent totale auftraten, also 69 Prozent Dauerheilung erzielt wurden. Von Herff wieder gibt bei Ventrifixur 76,9 Prozent Dauerheilung an. Christiani gibt laut einer Feststellung an der Breslauer Klinik zirka 80—85 Prozent an. Ohlshausen hat nur 6 Prozent Recidive. Küstner berichtet über 564 Fälle mit Ventrifixur + Plastiken und hat eine Dauerheilung von 63,7 Prozent.

Kolporrhaphie + Vaginofixation wurde ausgeführt in 10 Fällen. Davon konnten 4 brieflich erreicht werden, von denen 2 persönlich zur Nachuntersuchung erschienen und 2 uns selbst Mitteilung machten. Die eine von letzteren ist in jeder Hinsicht selbst überaus befriedigt mit dem Erfolg, die zweite gibt an, ein leichtes Recidiv zu haben, daß sie aber dadurch weder in ihrer Arbeitsfähigkeit beschränkt sei, noch sonst irgend welche Beschwerden habe, und so darf der Fall als relativ geheilt betrachtet werden, da ja doch eine bedeutende Besserung im Vergleich zum Zustand vor der Operation eingetreten ist. Von den nachuntersuchten 2 Fällen war der eine ebenfalls völlig geheilt, während der zweite schon nach 3 Monaten wieder zur Operation kam. Nunmehr wurde die Totalexstirpation gemacht mit dem Erfolg, daß die Frau sich jetzt „außerordentlich glücklich fühle, daß sie ihr so schweres Leiden endlich angebracht habe". Aus einer so geringen Zahl läßt sich absolut kein irgendwie berechtigter Schluß ziehen, weshalb ich hier gar keinen Prozentsatz in Bezug auf Heilung und Recidivierung angeben will, sondern die Fälle zusammenbringe mit der nunmehr folgenden Methode der Vesicofixation.

Diese wurde im Verein mit scheidenverengernden und Damm korrigierenden Operationen 30 mal ausgeführt. 16 davon können für uns in Betracht kommen und zwar 9 Nachuntersuchte neben 7 brieflichen Antworten. Bei der Nachuntersuchung fanden sich 3 absolut gute Erfolge, 3 mit relativer Heilung, 3 mit einem vollen Recidiv. Es wäre also ein relativ befriedigender Erfolg vorhanden in 66,6 Prozent. Besser ist es wieder bei den Frauen, die sich selbst ihr Urteil über den erreichten Erfolg bildeten und uns dementsprechend sich als geheilt oder nicht geheilt oder gebessert bezeichnen. 4 davon sind vollkommen zufrieden und können sich nur in anerkennender und dankbarer Weise über die bei ihnen ausgeführte Operation äußern, während 2 angeben,

daß es wohl besser sei, aber nicht wie es sein sollte. Nur bei einer Frau ist alles wieder wie zuvor. Im Durchschnitt haben wir also hier zirka 14% Recidive. Die Fälle ohne Unterscheidung zusammengenommen, kommt man auf einen relativ guten Dauererfolg von 75 Prozent. Nimmt man dazu dann noch die 4 Fälle mit Vaginaefixation, so kommt man wieder auf ein ähnliches Resultat hinaus. Absoluter Erfolg ist nur bei 45 Prozent eingetreten. Ein Bericht über 55 Fälle von Vagino- und Vesicofixation an Fehlings Klinik in Halle weist einen absoluten Erfolg auf in 38,1 Prozent, einen relativen in 78,1 Prozent. Aehnliche Zahlen gibt Christiani an mit 65,7 Prozent Heilung bei Ventro-, Vesico-Vaginofixation und Alexander-Adam. Ortham berichtet auch von guten Resultaten aus jüngster Zeit bei Vaginofixation. Mansfeld hat bei 8 untersuchten Fällen an der Klinik Tauffers in Budapest 100 Prozent Heilung gefunden, 95,7 Prozent blieben beschwerdefrei.

Die Schauta- und Freund-Wertheim'sche Prolapsoperation hat bei 2 nachuntersuchten Fällen und 2 mit brieflicher Nachricht einen Fall von einem leichten Recidiv ergeben, während in den übrigen Fällen die Operation jeglichen Anforderungen genügte. Man dürfte hier also mit 100 Prozent relativem Erfolg rechnen. Doch läßt auch hier wieder die geringe Zahl keinen berechtigten Schluß ziehen. In Döderleins Klinik in Tübingen wurden seinerzeit bei 32 Fällen 72 Prozent Heilung erzielt, Schauta selbst hat unter 40 Fällen einmal ein Recidiv beobachten können, Krönig konstatierte unter 15 Fällen 5 Descensus levis, Fuchs hat unter 20 Nachuntersuchten einmal ein Recidiv festgestellt. Gawriloff gibt aus der Leipziger Klinik bei 68 Fällen 91,1 Prozent Dauerheilung an. Bröse hat unter 32 nachuntersuchten Fällen der Schautaoperation 3 schwere und 2 leichte Recidive, Kraatz hat bei Interpositio uteri 88 Prozent, Bröse 84,5 Prozent Heilung. Schauta selbst gibt bei seiner Methode ungefähr 20 Prozent Recidive zu. Die Stellung, die er selbst zu seiner Operation einnimmt, sollen seine eigenen Worte, gesprochen auf einer Sitzung zu Wien am 5. Febr. 1910, wiedergeben: „Ich habe es immer und immer wieder betont, daß die Interpositio uteri vesico-vaginalis allein für sich keinen Erfolg haben kann, wenn man nicht entsprechend muskulösen Beckenboden herstellt. Die Herstellung kann scheitern entweder an einer nicht exakten Ausführung oder weil überhaupt keine Muskulatur vorhanden ist. Da kann man Plastiken machen so viel man will, man bekommt immer wieder ein Recidiv".

Kolporrhaphien mit gleichzeitiger Lagekorrektur durch die Alexander-Adamoperation erstreckten sich auf 12 Fälle. Es ist wohl kein Zufall, daß sämtliche 12 Fälle mit dieser Operation erst seit 1908 datieren, während kein einziger Fall in der Zeit

von 1901 bis 1908 nach Alexander-Adam operiert wurde, sondern ich glaube vielmehr mit Recht annehmen zu dürfen, daß dies eben dem Schicksal der Alexander-Adamoperation in Deutschland überhaupt zuzuschreiben ist, wo sie sich ja lange Zeit nicht einbürgern konnte. Erst als die Berichte über gute Erfolge sich mehrten, fanden sich auch in Deutschland immer mehr Anhänger. Und in der Tat muß auch nach dem Material in hiesiger Klinik der Operation ihr volles Recht eingeräumt werden. Von den 12 behandelten Frauen konnten 9 aufgefunden werden. Und zwar haben sich 3 persönlich zur Nachuntersuchung eingestellt. In allen 3 Fällen war der objektive Befund: Mäßig enge Scheide, corpus anteflectiert, beweglich, es ist gar nichts von einem Vorfall vorhanden. Auch subjektiv befriedigen die Fälle durchaus. Sechs haben brieflich Antwort gegeben und davon sind vier nach Angaben der Fraue vollständig geheilt. Nur 2 teilen mit, daß wenig sich wieder eingestellt habe; die eine davon klagt über Schmerzen und Ziehen im Kreuz und in der linken Weiche. Ueber einen totalen Mißerfolg ist also in keinem Fall zu berichten, so daß man eine relative Heilung in 100 Prozent annehmen kann. Absolut günstige Heilung für die Dauer also 77,7 Prozent. Thomsen gibt aus der Frauenklinik in Jena bei Alexander-Adam unter 18 Fällen 5,5 Prozent Recidive an. Laut einer Dissertationsschrift über Fälle aus der Straßburger Frauenklinik besteht eine Heilungsziffer von 95,1 Prozent. Küstner hat bei 194 nachuntersuchten Fällen von Alexander-Adam mit Plastiken nur 65,9 Prozent Heilung. Weitaus günstiger, ja glänzend sind die aus Amerika und England gemeldeten Erfolge bei Alexander-Adam. Pauli gibt z. B. an, daß Brown (New-York) in 8jähriger Erfahrung nur 1 Recidiv gesehen hat bei über 200 Fällen. Goldspoh hat 200 mal nach Alexander-Adam operiert und bei etwa zwei Drittel der Fälle, die er kontrolliert hat, nur 1 Recidiv beobachtet. Auch Casati in Ferrara gibt bei 104 Fällen nur 4 Recidive an. Rotberg berichtet 1908 über 55 untersuchte Fälle aus der Frauenklinik Jena, unter denen sich kein Recidiv befand.

Eine Zusammenfassung der fixierenden Methoden im Verein mit Plastiken als da sind: Vagino-, Vesico-Ventrofixur, Schauta und Alexander-Adam ergibt bei den in Betracht kommenden 38 Fällen eine Dauerheilung von 55,3 Prozent absolutem Erfolg und 81,6 Prozent relativ günstigem Erfolg. Die persönlich nachuntersuchten Fälle berechnen sich auf 71 Prozent Dauerheilung, was ungefähr dem gleichen Prozentsatz bei einfachen Plastiken entspricht.

Als letzten Typ unter den vertretenen Methoden habe ich nun noch die Totalexstirpation zu erwähnen. Von den 10 hier

brauchbaren Fällen war einmal ein Recidiv zu finden, während die übrigen 9 objektiv und subjektiv in jeder Hinsicht befriedigen. Die Indicationsstellung zu einer derartigen, in das Leben einer Frau außerordentlich schwer eingreifenden Operation ist natürlich durch Umstände gegeben, die sie nur für wenige Fälle möglich und erlaubt macht. Von unseren Fällen sind alle Frauen bereits in einem Alter von 43–66 Jahren gestanden. Einmal bestand Verdacht auf Carcinom, in einem zweiten Falle war der Uterus von Myomen durchsetzt, eine dritte Combination war ein Ovarialtumor. Daß man in derartigen Fällen die Indikation zur Radikaloperation erblicken muß, ist ohne weiteres klar. Bei der Nachuntersuchung der Frau mit dem Recidiv zeigte sich, daß die hintere Scheidenwand etwa hühnereigroß vorgefallen war. Die Arbeitsfähigkeit ist eine gute und die Patientin hat über keinerlei Beschwerden zu klagen. Vermutlich ist ein Recidiv hier eingetreten, weil vielleicht nicht in genügender Weise oder vielleicht überhaupt nicht eine Resectio vaginae gemacht wurde, was leider aus dem Journal nicht entnommen werden kann. In allen übrigen Fällen mit Totalexstirpation ist angegeben, daß eine mehr oder weniger ausgiebige Resektion der Scheide den Abschluß der Operation bildete. Beim Entlassungsbefund ist notiert, daß die vorher etwas eiternde Wunde nunmehr geheilt sei. Ob das Recidiv nicht mit dem durch Eiterung gestörten Heilungsverlauf in Zusammenhang gebracht werden kann, wird man nicht ohne Weiteres von der Hand weisen können.

Einen Umstand finde ich noch erwähnenswert, der vielleicht mit Veranlassung gegeben haben mag zur Vornahme der Totalexstirpation. Immer bestand nämlich der Prolaps schon seit sehr geraumer Zeit, der jüngste davon seit 6 Jahren, einer davon bereits seit 38 Jahren. Es ist begreiflich, daß infolgedessen überall mehr oder weniger ausgedehnte, bei einzelnen schon kolossale, schmierige Decubitusgeschwüre vorhanden waren, vielleicht mit Verdacht auf malignen Charakter.

Zum Vergleich mit den Zahlen, wie sie an anderen Kliniken festgestellt wurden, möchte ich anführen: Aus der Baseler Klinik 4,6 Prozent Recidive, Hegar hatte 80 Prozent Dauerheilung, Asch 89 Prozent und Bumm 75 Prozent. v. Herff meldet 62 Prozent Recidive, aus der Klinik zu Jena werden 21,7 Prozent mit vollem lokalen Erfolg angegeben. Küstner hat wieder bei 178 nachuntersuchten Fällen 80,5 Prozent Dauerheilung. Bröse sah bei 4 Fällen mit Totalexstirpation des Uterus und der Scheide 3 Recidive. Auch Mansfeld berichtet über ganz schlechte Resultate aus Tauffers Klinik in Budapest bei Totalexstirpation mit Kolporrhaphien. Demnach hat unsere Klinik hier die besten Erfolge aufzuweisen mit 90 Prozent Dauerheilung.

Uebersichtstabelle über die an hiesiger Klinik erzielten Erfolge:

	Anzahl der Fälle.	Dauererfolg in %
Kolporrhaphien mit Plastiken und Amputation	66	75,8
„ + Ventrofixation	6	60,0
„ + Vagino- & Vesicofixur	20	75,0
Schauta-Wertheim	4	75,0
Alexander-Adam mit Plastiken	9	77,7
Totalexstirpation	10	90,0

Zum Vergleich lasse ich eine ähnliche Zusammenstellung folgen, wie sie Küstner nach seinen allerdings nur nachuntersuchten Fällen fand:

	Anzahl der Fälle:	Dauererfolg in %
Kolporrh. mit Amput. der Portio	776	66,9
Ventrifixur mit Plastiken	193	60,4
Alexander-Adam mit Plastiken	194	65,9
Totalextirpation	178	80,5

Man kommt also nach den durch Prüfung des einschlägigen Materials der Münchener Frauenklinik gefundenen Ergebnissen auch hier zu dem Schluß, daß bis jetzt leider noch nicht die Möglichkeit gegeben ist, die Prolapse in vollauf befriedigender idealer Weise zu heilen. Und es ist berechtigt und notwendig, wenn immer wieder neue Arten von Operationsmethoden in Vorschlag gebracht werden. Eine einheitliche, für alle Arten von Vorfall anwendbare Operation wird man nie und nimmer finden können und man muß eben bei der Wahl individuell vorgehen.

Von den vielen Ansichten, die über Aetiologie und Therapie zur Zeit vorgebracht werden und maßgebend sind, möchte ich nur einzelne erwähnen. Halban und Tandler sind bekanntlich die beiden Autoren, welche bisher so ziemlich das Feld behaupteten mit ihrer Auffassung des Prolapses als bloße Hernie des Beckenbodens. Sie haben in jüngerer Zeit auch eine dementsprechende Operation angegeben, die allerdings bisher erst an Leichen, aber noch nicht an Lebenden zur Ausführung kam und die man als myoplastische Bildung des Beckenbodens bezeichnet. Sie besteht in einer Muskeltransplantation vom musc. glutaeus maximus in Vereinigung mit dem musc. levator ani.

Die Bedeutung für die Entstehung und Behandlung bei Prolapsen gerade des letzteren Muskels, des Levator ani, betonte Döderlein in seiner Klinik einmal mit den Worten: Ohne Zweifel ist der Levator ani für die ganze Architektur des Beckenbodens von der allergrößten Bedeutung. Er bildet gleichsam eine Säule, welche den Halt für Scheide und Rectum bietet. Man spricht

von einer Levatorplatte; es ist das eine Muskelplatte, die innen und außen mit einer Fascie bedeckt ist: Das Diaphragma pelvis. Wenn nun bei einer stattgehabten Geburt z. B. diese Levatorplatte auseinanderreißt, so retrahiert sich der Muskel und bildet eine große Lücke. Die beiden Schenkel des Levator ani sind vollständig divergierend, breit auswärts gelagert statt convergierend. Es besteht also eine vollständige Zerstörung der Beckenbodenmuskulatur und der Dammgebilde. Diesem zerrissenen Muskel nun seine frühere Form und Funktion zu geben, versucht eine neue Operation durch die sogenannte Levatornaht. Es wird besonderer Wert auf eine exakte Vereinigung der auseinandergewichenen Schenkel des Levator ani gelegt. Man muß zuerst anfrischen, die einzelnen Muskelteile zusammensuchen, kurz eine Rekonstruktion des ganzen Beckenbodens machen, um möglichst normale Verhältnisse wieder herzustellen, was die bisher gebräuchlichen Methoden nicht tun". Ob nun das gelingen wird, mag erst die Zukunft lehren.

Von anderen Seiten wird bereits wieder Bedenken erhoben gegen die isolierte Aufsuchung und Naht. So glaubt Bumm, daß man dabei leicht Gefahr laufe, das Rektum zu verletzen, was ihm auch einmal selbst schon passierte. Martin und Bumm legen das Hauptgewicht auf die Befestigung des Uterus in der Fascia endopelvina, deren Ausstrahlungen in die Wand von Uterus, Blase und Rectum übergehen. Er spricht dem Levator ani die wichtige Rolle ab, die ihm Halban und Tandler, auch Krönig und andere zuschreiben. Dementsprechend legt er bei der Prolapsoperation das Hauptgewicht auch auf den Halteapparat des Uterus und empfiehlt fixierende Methoden.

Im ärztlichen Verein zu München erstattet Klein im Mai 1910 noch über eine weitere originelle Methode zur Behandlung von Prolapsen in neuerer Zeit Bericht. Rieck in Altona hat sie vorgeschlagen und auch verschiedentlich schon angewandt. Der Autor nennt sie selbst Scheidenplastik durch Scheidenwandverdoppelung. Er macht zunächst eine Spaltung der vorderen und hinteren Scheidenwand in der Längsrichtung, präpariert nach beiden Seiten einen Teil der Lappen zurück und vereinigt nun nicht wie bisher einfach die Wundränder, sondern legt einen Scheidenlapen breit über den andern, wie man etwa beim Zusammenknüpfen des Ueberrockes vorher den einen Teil über den anderen legt, wie Klein sich ausdrückt. Dadurch wird die Scheidenwand durch Uebereinandernähen des einen Lappens über den andern genau um das Doppelte verstärkt und es bietet die nunmehr verdickte Scheidewand einen Schutz gegen eine neue Inversion.

Erwähnen möchte ich schließlich auch noch eine neue Methode, wie sie von Jolly zur Behandlung von Totalprolapsen vorgeschlagen und geübt wird. Das Wesen seiner Methode ist

die quere, straffe Vereinigung der Ligamenta cardinalia, indem er die oberen Halteapparate des Genitalrohres für die Befestigung des Uterus in seiner Lage für ebenso wichtig hält als die Beckenbodenmuskulatur. Jolly äußert sich selbst folgendermaßen: Die Zerreißung, Erschlaffung oder Schrumpfung des Levator ani spielt sicher eine wichtige Rolle bei der Entstehung der Prolapse; aber sie erklärt nicht alle Veränderungen. Es muß nicht nur eine Fundamentierung der hinteren, sondern auch der vorderen Scheidewand angestrebt werden. Dies gelingt durch isolierte Vereinigung der Ligamente und Adnexstümpfe.

Doch läßt sich wie gesagt, nie eine Methode finden, die ganz natürliche Verhältnisse wieder herstellt, was allein einen idealen Erfolg ergeben könnte. Denn ein Prolaps kann ja durch so verschiedenartige Veränderungen und Vorgänge bedingt werden, die künstlich nie mehr zur Norm zurückgebracht werden können. So spielt z. B. nach Amman wohl der Damm eine außerordentlich wichtige Rolle für die Entstehung und doch ist bei jungen Frauen ein Vorfall seltener trotz eines Dammrisses, weil die Musculatur noch genügend kräftig ist und Fett als Stütze da ist; aber beim Eintritt ins Klimakterium schwindet das Fett und diese Stütze fällt weg, und der Prolaps tritt auf. Auch scheint vielfach eine gewisse congenitale Fascienschwäche vorhanden zu sein. In 60 Prozent von Frauen mit Prolaps gibt Amman an, seien auch noch andere Hernien vorhanden.

Die beste Therapie muß man also in der Prophyllaxe suchen. Und da ätiologisch doch im Vordergrund die Geburt steht, ist unser Augenmerk darauf zu richten. Vorsicht bei der Geburt, namentlich keine zu frühen Zangen und dann vor allem auch geeignete Pflege während des Wochenbettes! Wenn man von manchen Seiten gegen das Frühaufstehen der Wöchnerinnen Bedenken erhebt, so kann man ja einen Mittelweg nehmen, indem man frühzeitig Bewegungen im Bett selbst ausführen läßt; man versucht vorsichtig Massage und läßt Widerstandsbewegungen der Oberschenkel machen.

Damit möchte ich meine Arbeit schließen und es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Döderlein für die Anregung zu dieser Arbeit und Herrn Prof. Dr. Baisch für die liebenswürdige Unterstützung dabei meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Verfasser der Arbeit, Pankraz Meyr, wurde geboren am 12. Mai 1885 zu Munningen. Nach Absolvierung des hum. Gymnasiums zu Dillingen besuchte ich die Universität München, woselbst ich nach 5 Semestern medizinischen Studiums die ärztliche Vorprüfung bestand. Nach weiteren 5 Semestern an der gleichen Universität unterzog ich mich dem medizinischen Staatsexamen. Am 26. Februar 1912 promovierte ich in Anatomie, Physiologie und innerer Medizin mit der vorliegenden Arbeit als Dissertationsschrift. Allen meinen verehrten Lehrern spreche ich meinen ehrerbietigsten Dank aus.